

加味生化汤联合温针灸 治疗药物流产后子宫复旧的临床观察

李艳波,郭建芳,李芳国,魏叶子,郭家勇,张迎春*

(湖北省妇幼保健院,湖北 武汉 430070)

【摘要】目的 探讨加味生化汤联合温针灸治疗药物流产后子宫复旧不良的临床效果。**方法** 药物流产患者 80 例随机分为对照组和观察组各 40 例。观察组采用自拟方加味生化汤及温针灸治疗,对照组给予产后逐瘀胶囊口服。治疗周期为 14d,观察指标包括血红蛋白及血 HCG 水平、B 超检查子宫复旧情况、阴道出血天数及停经天数等。**结果** 治疗后观察组血红蛋白水平、血 HCG 水平、子宫三径线之和、子宫动脉阻力指数(RI)之和均显著优于对照组($P < 0.05$)。观察组阴道出血天数、停经天数明显少于对照组,宫腔残留及宫腔分离发生率亦低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 加味生化汤联合温针灸治疗药物流产后子宫复旧不良疗效显著,能显著促进子宫复旧,缩短阴道出血时间,值得在临床上推广应用。

【关键词】药物流产; 子宫复旧不良; 加味生化汤; 温针灸

DOI 标识:doi:10.3969/j.issn.1008-0805.2024.13.17

【中图分类号】R271.43 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0805(2024)13-3014-04

药物流产,亦称为药物诱导流产或化学流产,是一种通过药物而非手术来终止妊娠的方法。此法以安全性高、操作简单、方便有效等优点,为广大妇女所青睐。然而,药物流产亦可能伴随子宫复旧不良的风险,表现为子宫压痛、子宫偏大且软、发热及异味分泌物等症状^[1]。产后子宫复旧不全指的是子宫在产后 6 周内未能恢复至未孕状态,其主要症状为血性恶露时间从常规的 3 天延长到 7~10 天,甚至更久^[2]。研究指出,子宫复旧不良的发生率约为 39.37%^[3]。此病症常伴随慢性炎症,可能导致子宫壁内纤维组织增生,引起子宫内纤维化,进而引发月经不规律、痛经、性交困难,甚至不孕症,对产妇的身心健康造成重大影响^[4]。鉴于此,促进子宫复旧、缩短阴道出血时间、加速身体恢复成为临床治疗中亟待解决的问题。

现代医学中,子宫复旧的核心过程涵盖子宫平滑肌的收缩和内膜修复。常规治疗包括使用抗生素配合缩宫素,以增强子宫收缩力和宫颈扩张,促进恶露排出,加速子宫复旧。然而,这种方法可能存在副作用和局限性,如药物作用时间短、可能引起剧烈的宫缩痛、宫缩效果不佳或导致胃肠道不良反应^[5]。在祖国医学中,药物流产后子宫复旧不良属于“产后恶露不绝”范畴。生化汤在妇科疾病治疗中,以其活血化瘀、止痛及止血等功效,对产后恶露不绝、产后发热及产后腹痛等症具有良好的治疗效果^[6,7]。温针灸作为中医特色治

疗手段,在妇科疾病的临床治疗中得到广泛应用。现代临床研究和动物实验已证实,针灸能够增强子宫的收缩力并减轻宫缩引起的疼痛^[8]。目前关于针灸配合生化汤促进流产后妇女子宫复旧的详细临床研究仍相对不足。本研究采用温针灸联合自拟方加味生化汤治疗药物流产后患者,证实其在促进子宫复旧方面具有确切疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取 2023 年 2 月至 2024 年 2 月期间在湖北省妇幼保健院就诊的药物流产患者,药物流产前所有患者子宫附件 B 超提示宫腔内孕囊直径 $< 4\text{cm}$,药物流产后经 B 超检查确诊为子宫复旧不良;符合中医产后恶露不绝血瘀证诊断标准^[9];年龄 18~45 周岁;知情并自愿参加本研究,签署知情同意书。共纳入患者 80 例,采用随机数字表法将患者随机分为对照组和观察组各 40 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组

药流后第 1 天开始服用生化汤及采用温针灸治疗。(1)生化汤由本院煎药房统一煎煮,常规水煎,取汁 400 ml,每日 1 剂,每次 200ml,早晚温服,连续服用 14d。为 1 个疗程。方剂:当归 12g,桃仁、川芎各 10g,

收稿日期:2024-06-30; 修订日期:2024-10-27

基金项目:全国名老中医药专家传承工作室建设项目[国中医药人教函(2022)75 号]

作者简介:李艳波(1984-),女(汉族),湖北荆州人,湖北省妇幼保健院主治医师,硕士学位,主要从事中医妇科疾病的研究工作。

*通讯作者简介:张迎春(1963-),女(汉族),湖北潜江人,湖北省妇幼保健院主任医师、教授,硕士研究生导师,主要从事中西医结合治疗妇科疾病研究工作。

灸甘草 6g、炮姜 6g、益母草 15g。随症加减：小腹空坠气虚明显者加党参、黄芪各 20g；瘀久化热、恶露臭秽兼见口干咽痛者加用败酱草 20g、蒲公英 15g；肝郁腹胀两胁胀痛者加郁金 10g、香附 10g；小腹冷痛畏寒肢冷者加肉桂 10g、乌药 10g。(2) 温针灸治疗选用选用双侧的子宫、血海、足三里、合谷、三阴交。用 75% 乙醇于局部穴位消毒，用适宜尺寸的毫针以平补平泻的手法针刺上述穴位至得气。将艾条剪成长约 2cm，插入针尾，点火使燃，针下有温热感即可，每次 20 ~ 30min，隔日治疗 1 次，共治疗 7 次。

1.2.2 对照组

药流后第 1 天给予产后逐瘀胶囊口服(瑞阳制药股份有限公司，国药准字 Z20083018，规格 0.45g/粒)，早中晚各 2 粒，连续服用 14d 为 1 个疗程。

1.3 观察指标

(1) 血红蛋白及血 HCG 水平(分别于开始治疗第 1 天和治疗后第 1 天抽血)。(2) B 超检查药流后子宫复旧情况，分别于药流后第 1 天及治疗后第 1 天行常规妇科子宫附件及子宫动脉超声，测量子宫长径、前后径、横径大小并计算子宫三径线之和，观察有无宫腔残留、宫腔积液(宫腔分离)等情况，测量子宫动脉阻力指数(RI)。(3) 观察药流后阴道出血天数及停经天数。

1.4 疗效标准

1.4.1 子宫复旧标准

药物流产后子宫复旧主要表现为药流后阴道出血时间、药流后停经天数(月经复潮天数)、流产后 14 天 B 超下子宫三径线之和、宫腔内稍高回声(宫腔残留)、宫腔积液(宫腔分离)的情况。其中阴道出血以天为单位统计；子宫三径线之和、宫腔内稍高回声(宫腔残留)、宫腔积液(宫腔分离)在 B 超下观察；月经复潮时

间通过电话及门诊随访进行调查。

1.4.2 中医证候积分标准

中医证候主要表现为下腹部坠痛、腰酸、乏力、舌质舌苔脉象异常等症状。证候积分标准按病情“无、轻、中、重”分为 4 个分级，积分为“0、1、2、3”共 4 个分值。

1.5 统计方法

采用 SPSS26.0 统计软件对数据进行统计学处理，计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料采用率或构成比表示，组间比较采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者均为药物流产后的患者，研究过程无剔除和脱落，年龄 20 ~ 40 岁；孕次(1 ~ 4)次；产次(0 ~ 2)次；流产(1 ~ 3)次。见表 1。

表 1 两组患者年龄、孕次、产次及流产次数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄/岁	孕次	产次	流产次数
观察组	40	31.03 ± 3.79	2 ± 0.78	0.63 ± 0.63	1.38 ± 0.59
对照组	40	31.55 ± 4.44	2 ± 0.68	0.58 ± 0.55	1.43 ± 0.59
t 值		0.57	0.00	0.38	0.38
P 值		0.57	1.00	0.71	0.71

2.2 两组药物流产后患者治疗前后血红蛋白、血 HCG 比较

研究结果显示两组患者治疗前血红蛋白、血 HCG 比较差异无统计学意义($P > 0.05$)，治疗后两组患者血红蛋白、血 HCG 比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血红蛋白、血 HCG 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血红蛋白/ $g \cdot L^{-1}$		血 HCG/ $mIU \cdot mL^{-1}$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	121.03 ± 10.70	121.98 ± 9.41	4359.51 ± 1549.53	334.28 ± 250.23
对照组	40	124.20 ± 9.53	112.95 ± 8.74	4194.20 ± 1117.83	1529.09 ± 652.83
t 值		-1.401	4.442	0.547	-10.808
P 值		0.165	0.000	0.586	0.000

2.3 两组患者治疗前后子宫三径线之和以及子宫动脉阻力指数(RI)之和比较

研究结果显示两组患者治疗前子宫三径线之和、子宫动脉阻力指数(RI)之和比较差异无统计学意义($P > 0.05$)，治疗后两组患者子宫三径线之和、子宫动脉阻力指数(RI)之和比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者治疗前后中医证候积分的比较

研究结果显示两组患者治疗前中医证候积分比较

差异比较差异无统计学意义($P > 0.05$)，治疗后两组患者中医证候积分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 药流后两组患者阴道出血天数及停经天数比较

见表 5。

2.6 药流后两组患者宫腔残留及宫腔分离比较

研究结果显示观察组宫腔残留 3 例(占 7.5%)，对照组宫腔残留 19 例(占 47.5%)，对照组宫腔残留发生率高于观察组，差异有统计学意义($P < 0.05$)；

观察组宫腔分离 21 例(占 52.5%),对照组宫腔残留 36 例(占 90%),对照组宫腔分离发生率高于观察组,

差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 3 两组患者治疗前后子宫三径线之和及双侧子宫动脉 RI 之和比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	子宫三径线之和/cm		子宫动脉(RI)之和	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	16.21 ± 0.97	13.67 ± 0.89	1.77 ± 0.07	1.57 ± 0.07
对照组	40	16.27 ± 0.96	14.86 ± 1.32	1.75 ± 0.08	1.76 ± 0.09
t 值		0.28	-4.742	0.685	-10.434
P 值		0.78	0.000	0.496	0.000

表 4 两组患者治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	中医证候积分	
		治疗前	治疗后
观察组	40	8.05 ± 0.71	2.60 ± 0.81
对照组	40	8.10 ± 0.71	5.25 ± 0.78
t 值		-0.314	-14.937
P 值		0.754	0.000

表 5 两组患者药流后阴道出血天数及停经天数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	阴道出血天数	停经天数
观察组	40	5.95 ± 1.04	35.55 ± 2.29
对照组	40	9.88 ± 1.07	41.15 ± 2.03
t 值		-16.69	-11.58
P 值		0.000	0.000

表 6 药流后两组患者宫腔残留及宫腔分离比较

组别	例数	宫腔残留				宫腔分离			
		是		否		是		否	
		例	占比/%	例	占比/%	例	占比/%	例	占比/%
观察组	40	3	7.50	37	92.5	21	52.5	19	47.5
对照组	40	19	47.5	21	52.5	36	90.0	4	10.00
χ^2 值		16.05				13.73			
P 值		0				0			

3 讨论

药物流产后出现的阴道出血、腹痛等症状,在中医中可归类为“产后恶露不绝”“胎堕不全”“胞衣残留”等病证。这些病证在中医理论中具有特定的临床特征:恶露不绝表现为产后血性分泌物持续不止,胎堕不全则指胚胎组织未能完全排出,胞衣残留则涉及胎盘或胎膜的残留^[10]。治疗原则“活血化瘀,益气生新”是基于中医对产后病理状态的理解。《黄帝内经》中指出:“血不利则为水,水停则血瘀”,强调了瘀血对新血生成的阻碍作用。因此,治疗上应首先活血化瘀,再益气生新,以促进子宫的恢复和修复^[11]。

生化汤这一经典方剂源自《傅青主女科》,其主要应用于治疗产后劳倦至极而出现晕厥,以及因血崩和气脱引起的晕眩症状。方剂中以当归为君药,其功在养血活血、祛瘀生新;桃仁和川芎作为臣药,协助君药以化瘀血、生新血;炮姜作为佐药,以其温经止痛之效;炙甘草则作为使药,以补中缓急,调和方剂各药之力。现代药理学研究亦支持这一传统方剂的有效性。研究显示,当归中的成分不仅促进蛋白质合成,还有助于子宫的修复与复旧。同时,小剂量川芎的运用,因其具有促进肌肉收缩的作用,可以增强子宫收缩,帮助排出宫腔残留物^[12]。在临床应用中,根据患者的具体症状,

我们对方剂进行了精准的加减。例如,对于小腹空坠、气虚明显者,加入党参和黄芪以健脾益气;若瘀久化热、恶露臭秽,加入败酱草和蒲公英以清热解毒;肝郁腹胀、两胁胀痛者,加入郁金和香附以疏肝解郁;对于小腹冷痛、畏寒肢冷者,加入肉桂和乌药以散寒止痛。进一步的药理研究揭示,生化汤不仅促进子宫内组织细胞的更新与修复,还有助于宫腔内炎性物质的排出,从而加速子宫的恢复过程^[13]。

温针灸作为传统针灸疗法的重要衍生形式,通过针刺与艾灸相结合的方式,利用艾灸的温热刺激对特定穴位进行作用。这种双重刺激能够增强穴位及其周围血管的自律运动,促进局部微循环,实现活血祛瘀和通络止痛的疗效。在本研究中,我们根据患者的具体病情精心选取了温针灸的穴位。子宫穴,作为调理胞宫的重要穴位,通过温针灸的刺激,可以显著增强其在通畅胞宫、化解瘀滞方面的作用。血海穴,被誉为“血之海”,属于足太阴脾经,对于血症有独到的疗效。足三里穴,作为足阳明胃经的合穴,不仅能够补中益气,还能通经活血,这一点在《乾坤生意》中有所体现,其云“肚腹三里留”,强调了足三里穴在治疗腹部疾病中的重要性。此外,合谷穴配合三阴交穴的使用,能够行气活血,是促进子宫收缩的重要穴位组合。《徐文伯传》中记载了“泻三阴交,补合谷”的堕胎医案,这一组合在

历代医书中被频繁用于促进子宫收缩和排出胚胎组织^[14]。

药物流产后出血时间的延长和出血量的增加,主要归因于胚胎组织与蜕膜的不完全排出,这一情况亦为血红蛋白水平降低的常见原因。本研究结果表明,采用加味生化汤联合温针灸的治疗方法,相较于常规治疗,更有助于血红蛋白水平的恢复,并且能够显著促进血 HCG 水平的下降。在治疗组中,子宫的三维径线总和及子宫动脉阻力指数(RI)之和均呈现显著改善,这表明加味生化汤与温针灸相结合能够优化子宫动脉的血流灌注,促进子宫内血流的充盈,进而实现活血化瘀、祛瘀生新的治疗目标。此外,观察组在出血天数和停经天数方面均有明显缩短,宫腔残留的发生率、宫腔分离的发生率以及中医证候积分均显著降低。这些结果表明,加味生化汤联合温针灸在促进药物流产后子宫复旧方面具有显著优势,能够有效缩短阴道出血时间,并促进身体机能的恢复。这些发现与杨声等研究者的研究成果相一致^[15]。

综上所述,本研究结果表明,加味生化汤联合温针灸在药物流产后的临床应用中显示出显著的疗效。该综合治疗方案不仅能够有效促进药流后血红蛋白水平的恢复,加快子宫复旧的进程,还能显著缩短阴道出血时间。此外,该方案在促进子宫恢复至正常大小、改善子宫血流灌注方面亦显示出积极效果,同时对于改善中医辨证中所述的症状亦有良好表现。鉴于该治疗方案在临床实践中所展现的多方面益处,我们认为其具有较高的临床推广价值。未来,建议进一步开展大规模的随机对照研究,以验证本研究的发现,并探索该综合治疗方案在不同人群和不同药物流产情况下的应用

效果及安全性。

参考文献:

- [1] 梁冬莲,林红.药物流产后持续阴道流血清宫时机的探讨[J].现代预防医学,2012,39(12):2995.
- [2] 刘晓琴.妇产科疾病临床诊治[M].天津:天津科学技术出版社,2013.
- [3] 肖娟,张海燕,张琳琳,等.产后子宫复旧不良发生现况分析[J].中国社区医师(医学专业),2010,12(27):42.
- [4] 吴芷萱,曾永红,朱玲玲.产后子宫复旧不良 238 例分析[J].现代医院,2011,11(3):41.
- [5] 陆露,李成志.子宫复旧不良治疗的研究进展[J].医学综述,2015,21(4):643.
- [6] 王苗,罗烨,方芳,等.早孕药物流产后阴道出血学宫腔残留物的超声诊断及生化汤加味治疗的效果[J].检验医学与临床,2021,18(19):2903.
- [7] 师静,何文艳.加味生化汤对药物流产后阴道出血患者的疗效及凝血指标的影响[J].血栓与止血学,2022,28(3):749.
- [8] 郭志雄.针刺促进剖宫产术后子宫复旧的临床研究[D].广州中医药大学硕士学位论文,2012.
- [9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:238.
- [10] 陈梦捷.缩宫清瘀方防治药物流产后血瘀型恶露不绝临床研究[D].山东中医药大学硕士学位论文,2015.
- [11] 史晨.改良生化汤在药物流产后的临床疗效观察[D].南京中医药大学硕士学位论文,2019.
- [12] 肖遥,李云君.基于网络药理学探讨当归芍药散治疗复发性流产的作用机制[J].湖南中医杂志,2020,36(9):158.
- [13] 王煊,于河,白辰,等.基于网络药理学探索生化汤治疗小腹痛的药理机制[J].中国中药杂志,2019,44(10):2124.
- [14] 艾蕾,王玮,刘晓瑜,等.电针合谷、三阴交穴辅助药物流产的临床观察[J].针刺研究,2018,43(7):456.
- [15] 杨声,马常宝,郑艳,等.加味生化汤序贯治疗药物流产后阴道出血 50 例[J].福建中医药大学学报,2011,21(3):58.

(责任编辑:王诗涵)